

別紙

インフルエンザ予防接種費領収証明書

公立学校共済組合滋賀支部長

組 合 員 氏 名	
受 診 年 月 日	年 月 日
領 収 金 額	
(内訳)	保 険 診 療 分
	公 費 助 成 分
	自 費 分 (インフルエンザ予防接種費)

上記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医 療 機 関 所 在 地

名 称

主 治 医 氏 名

Ⓜ

電 話 番 号